LA MATERNIDAD

DEL

HOSPITAL PASTEUR

COMENTARIOS ESTADÍSTICOS
Y CLÍNICOS

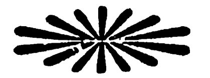
1930 - 25 DE ABRIL - 1931

POR EL

DR. CARLOS P. COLISTRO

PROFESOR DE OBSTETRICIA DE LA ESCUELA DE PARTERAS
DIRECTOR DE LA MATERNIDAD

TOMO II



MONTEVIDEO
«Impresora Uruguaya» S. A.
Cerrito esq. Juncal
1932

LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL PASTEUR

LA MATERNIDAD

DEL

HOSPITAL PASTEUR

COMENTARIOS ESTADÍSTICOS
Y CLÍNICOS

1930 - 25 DE ABRIL - 1931

POR EL

DR. CARLOS P. COLISTRO

PROFESOR DE OBSTETRICIA DE LA ESCUELA DE PARTERAS
DIRECTOR DE LA MATERNIDAD



MONTEVIDEO
«IMPRESORA URUGUAYA» S. A.
Cerrito esq. Juncal
1932

Señor Director de la Asistencia Pública Nacional,

Dr. José Martirené

Presente.

La Maternidad del Hospital Pasteur cumple hoy un nuevo año de vida. Han transcurrido dos años desde la hospitalización de la primera enferma, y si la labor realizada en el primer año de funcionamiento fué intensa, ella ha sido superada en este último período, pues hemos tratado a una cantidad mayor de enfermas.

En el período 25 de abril de 1930 a 25 de abril de 1931 se han hospitalizado 734 enfermas, y, como decía en mis "Comentarios Estadísticos y Clínicos" del año anterior, no han podido atenderse más por no tener donde alojarlas. La Sección Obstétrica del Hospital Pasteur, con sus 30 camas, no llena las necesidades de la zona que debe atender; su capacidad es exígua lo que obliga casi diariamente a rechazar enfermas. Solamente duplicándola es que podríamos atender en forma eficiente las necesidades de una zona tan extensa como es la de la Unión, Maroñas, Malvín, Carrasco, etc.

Considero que problemas quizás más urgentes hayan obligado al señor Director a no poder dedicar preferente atención a mi pedido del año anterior, de ampliar la Maternidad a mi cargo, pero tengo derecho a esperar que en época próxima podamos contar con un Servicio con la amplitud necesaria para llenar su cometido.

En este año de labor me han acompañado en forma eficiente la Dra. Volonté de Albo y los doctores Canzani, Cantonnet y Cozzolino.

Las Parteras Internas, las Parteras Adjuntas y las Nurses han cumplido con su deber.

Antes de terminar no sería justo que no destacara aquí la labor de una de las Parteras Internas del Servicio. Me refiero a la Sra. Deolinda Rodríguez, a quien debo la confección de los datos estadísticos, labor ardua y pesada, que ha sido hecha con toda corrección y exactitud.

Saludo al Sr. Director con la consideración más distinguida.

CARLOS P. COLISTRO.

Montevideo, abril 25 de 1931.

PERSONAL TÉCNICO

Las tareas de carácter técnico son desempeñadas por el siguiente personal de médicos, parteras y nurses.

Médicos Adjuntos

Dra. Luisa Volonté de Albo.
Dr. Alfredo Canzani.
Dr. Pedro Cantonnet (encargado de los recién nacidos).
Dr. Tomás F. Cozzolino (encargado de las enfermas de patología médica).

Parteras Internas

Deolinda Rodríguez.
Dolores Figueredo (en comisión).
María C. Fernández (partera suplente).

Parteras Adjuntas

Margarita A. de Salvato.
Rosa M. de Castro.
María P. de Ibarra.

Nurses

Nurse jefe, Rosa Ciglutti.
Nurse, Agustina Ruibal.
» Felicia Enamorato.
» Libertad Oxilia.
» Julia Bértola.
» Francisca Umpierrez.
» María Luisa Belo.
» María del Carmen Pintos (nurse suplente).

RESUMEN ESTADÍSTICO

1930 - 25 de Abril - 1931

Enfermas asistidas durante el año 732
Corresponden a Maternidad 650

Corresponden a Ginecología y otras afecciones quirúrgicas 82

Nacionalidad de las ingresadas

Uruguayas	599	Brasileras	8
Españolas	40	Armenias	7
Italianas	22	Rusas	5
Argentinas	17	Austriacas	1
Alemanas	7	Portuguesas	2
Polacas	9	Rumanas	4
Lituanas	9	Francesas	2

Según su edad

Edad	Cantidad	Edad	Cantidad
12	1	33	19
14	1	34	25
15	3	35	16
16	10	36	15
17	16	37	13
18	43	38	11
19	25	39	12
20	48	40	11
21	34	41	3
22	56	42	6
23	52	43	3
24	47	44	2
25	41		

Edad	Cantidad	Edad	Cantidad
26	35	46	3
27	36	47	1
28	23	48	1
29	40	52	1
30	39	55	1
31	17	64	1
32	20	65	1

Embarazadas 494

Descompuestas en la forma siguiente:

Embarazadas de 9 meses (simples) 388

Embarazos	normales	361
»	de 9 meses (complicados)	12
»	» » » (Nalgas)	15
	TOTAL	388

Embarazos no a término 88

»	normales no a término	32
»	complicados no a término	51
»	de nalgas no a término	5
	TOTAL	88

Inminencias de Aborto

De 2, 3, 4 y 5 meses 9

TOTAL 9

Embarazos dobles

Embarazos dobles	9
TOTAL	9
TOTAL DE EMBARAZADAS	494

Partos durante el período 1930 - 1931

Partos a término (simples)	376

Descomposición:

Normales	341
Partos Distócicos	35

Descomposición de los partos distócicos

Aplicaciones de Forceps por sufrimiento fetal ...	10
Distocia anular	3
Extracciones de nalgas	15
Versiones por placenta baja	2
Cesáreas por placenta baja	2
Cesáreas por estrechez de Pelvis	3
Total de Distócicos	35
Normales	341
TOTAL A TÉRMINO	376
Partos prematuros	31

Descomposición:

Normales	21

Prematuros Distócicos:

Extracciones de nalgas	7
Versión por placenta baja	1
Cesáreas por placenta baja	2
Total de prematuros	31
Total a término	374
Total de simples	405

Partos Gemelares

Partos Gemelares	9
TOTAL DE PARTOS	414

Frecuencia de las presentaciones al iniciarse el trabajo

Presentaciones de vértice (a término)	355
» » » (prematuras)	23
Total de vértice	378
» » Nalgas (a término)	15
» » Prematuras	7
Total de nalgas	22
» » Hombro	3
» » Cara (a término)	2

Partos Gemelares

Partos gemelares	9

Descomposición:

1.° Vértice, 2.° vértice	1
1.° » » »	1
1.° » » »	1
1.° » » »	1
1.ª Vértice, 2.ª vértice	1
1.ª » » » (El segundo terminado por versión)	1
1.ª » » » Nalga	1
1.ª » » » Nalga (Forceps)	1
1.ª Nalgas » vértice	1
Total de gemelares	9
TOTAL GENERAL	414

Aplicaciones de Forceps

Por inercia uterina y sufrimiento fetal 10

Número de las historias.—723, 726, 775, 788, 898, 990, 1038, 1165, 1317, 1415.

Distocia Anular

Tratadas con morfina.	— Terminación espontánea.	2
» » »	— Terminadas con Forceps.	2
» » »	— Terminadas con Baciotribo	1

Número de los historias.—856, 1167, 869, 1037, 795.

Cesáreas

Cesáreas abdominales	5
Por estrechez pelviana	3
Por placenta baja	2
Histerectomía vaginal	1

Enfermas ingresadas por diversas causas

Partos en ciudad	19
Operaciones	41
Infecciones genitales	46
Biopsias	15
Mastitis supuradas	6
Abortos	111
TOTAL	238

Partos en ciudad

Historia:

1.430.—Infección Puerperal.
1.377.— » »
1.398.— » »
1.088.— » »

822.—Infección Puerperal. Flemón del ligamento ancho.
781.— » »
825.—Endometritis Puerperal.
1.213.— » »
1.369.— » »
1.112.— » »
937.—Trombus Vaginal.
1.169.—Artritis de la rodilla.
791.—Pelviperitonitis (Colpotomía).
743.— » (Colpotomía) Abceso de la mama.
1.089.—Septicemia (Estreptococus Hemolíticos).
1.055.—Parto normal.
1.099.— » »
867.— » »
1.300.— » » Alumbramiento artificial, inversión uterina con perforación.

Resumen de los partos en ciudad

Infecciones puerperales	6
Endometritis puerperales	4
Peviperitonitis	2
Trombus vaginal	1
Artritis de la rodilla (Puerperio febril)	1
Septicemia	1
Partos normales	4
TOTAL	19

Descomposición de los abortos

Abortos incompletos	85
» infectados	17
» espontáneos	9
TOTAL	111

De los abortos infectados

1.207.—	Septicemia Estreptococos Hemolíticos ...	1
1.291.—	» » » ...	1
930.—	Septicemia estafilococos. Tromboflebitis útero pelviana-pneumonía	1
815.—	Bronco-pneumonía	1
1.035.—	Flebitis del miembro inferior izquierdo ...	1
1.071.—	Pleuresía purulenta	1
908.—	Pelviperitonitis	2
	Total	8

De los abortos infectados los nueve restantes no tienen mayor interés.

Embarazos de 9 meses complicados

Metrorragias por placenta baja	5
Hidramnios	2
Insuficiencia Mitral	2
Estrechez Mitral	1
Pielo-nefritis	1
Fibroma	1
Total	12

Embarazos complicados no a término

Abceso del pulmón (Vómica) 8 meses	1
Neoplasma de la Columna Vertebral	1
Tuberculosis Pulmonar y Laringea (8 meses)	1
Hernia Umbilical extrangulada (8 meses)	1
Poliartritis Reumatismal (7 meses)	1
Epilepsia (8 meses)	1
Epilepsia (7 meses)	1
Pielo-Nefritis (7 meses)	1
Pielo-Nefritis (5 meses)	1
Pielo-Nefritis (4 y ½ meses)	1
Pielo-Nefritis (3 meses)	1
Bartolinitis (6 y ½ meses)	1

Bartolinitis (5 y ½ meses)	1
Bartolinitis (3 y ½ meses)	1
Fibromas Múltiples (Reacción Aschein Sondek) (5 y ½ meses)	1
Prolapso Uterino (Retención de orina) (4 meses)	1
Toxemia Gravídica (2 y ½ meses)	3
Toxemia Gravídica (1 y ½ meses)	3
Toxemia Gravídica (2 meses)	2
Metrorragia por placenta baja (7 meses)	4
Metrorragia por placenta baja (6 meses)	2
Metrorragia por placenta baja (8 meses)	1
Estrechez pelviana (Cesárea) (6 meses)	1
Embarazo de Nalgas (Prematuro) (8 meses)	1
» » » » (7 meses)	2
» » » » (6 meses)	2
Piosalpin Izquierdo (5 meses)	1
Fibroma Pediculado (4 y ½ meses)	1
Quiste del ovario derecho (3 meses)	1
Embarazo ectópico (roto)	1
» » (tubario)	1
Estrechez Mitral (1 y ½ meses)	1
Tuberculosis Pulmonar (2 meses)	3
» » (2 y ½ meses)	1
» » (1 y ½ meses)	1
TOTAL	51

Raspajes

Por abortos incompletos	95
Para examen histológico	6
Por tuberculosis pulmonar	5
» Toxemias gravídicas	5
» Endometritis	3
» Estrechez Mitral	1
» Esterilidad	1
TOTAL	116

Alumbramientos

Alumbramientos espontáneos	401
» artificiales	13
TOTAL	414

Puerperios

Puerperios normales	340
» ligeramente febriles	26
» febriles	34
Endometritis puerperal	14
TOTAL	414

Estada de parturientas en el Servicio

Paridas que han permanecido en el Servicio de 6 a 9 días	265
Paridas que han estado el tiempo necesario para su curación	149
TOTAL	414

Ginecología

Enfermas asistidas 82

Distribuídas así:

ALTERACIONES FUNCIONALES

Retroflexiones y retroversiones	11
Prolapsos genitales	3

INFECCIONES GENITALES

Cervicitis	7
Bartolinitis	3
Quiste del gran labio derecho	1
Endometritis	3
Piometra	1
Anexitis	33
Flemón del ligamento ancho	2
Douglasitis	1

AFECCIONES TUMORALES

Neoplasma del cuello uterino	1
Neoplasmas del cuerpo uterino	2
Fibromiomas	3
Polipo de la uretra	1

OTRAS AFECCIONES

Apendicitis	3
Desgarros perineales antiguos	3
Hernia crural	1
Esterilidad	2
Tuberculosis peritoneal y quiste hidático de la fosa ilíaca derecha	1
TOTAL	82

Intervenciones quirúrgicas

Colpoperineorrafias	3
Colporrafia anterior, colpoperineorrafia y ligamento pexia	3
Amputación de cuello	1
Ligamentopexias	8
Insuflación tubaria	2

Histerectomía subtotal	5
Anexectomías	17
Histerectomía vaginal	1
Amputación de seno	1
Apendicectomías	3
Extirpación de quiste hidático del abdomen	1
Hernia crural, (cura radical)	1
Mastitis supurada (incisión y drenaje)	6

Niños

Asistidos en el año	423
Masculinos	215
Femeninos	208

PESOS

De 500 a 1.000	2
» 1.000 » 2.000	23
» 2.000 » 3.000	105
» 3.000 » 4.000	262
» 4.000 » 5.000	30
» 5.000 » 5.500	1
TOTAL	423
Niños fallecidos	14
Fetos nacidos muertos	19
Niños dados de alta	390
TOTAL	423

ENFERMAS FALLECIDAS EN EL SERVICIO

Historia:

1.089.—Septicemia a estreptococus hemolíticos ..	1
1.207.— » » » »	1
1.297.— » » » » ..	1

930.—	Septicemia a estafilococus	1
815.—	Aborto infectado, (bronco pneumonía)	1
795.—	Infección puerperal	1
1.074.—	Piosalpinx (aborto)	1
1.079.—	Neoplasma de la columna vertebral	1
1.246.—	Cesárea (estrechez de la pelvis) peritonitis.	1
1.310.—	Tuberculosis pulmonar y laringea	1
	TOTAL	10

La mortalidad global en el Servicio fué de 10 sobre 732 enfermas o sea 1.36 %.

RESUMEN GENERAL

Douglasitis	1
Polipo de la uretra	1
Piometría	1
Poliartritis reumatismal	1
Ciática	1
Artritis del pie	1
Ovarios poliquísticos	3
Flemones del ligamento ancho	3
Retroversiones	8
Retroflexiones	3
Anexitis	33
Anexectomías	17
Fibromas	3
Neoplasmas uterinos	3
Quistes del ovario	5
Histerectomías vaginales	1
Histerectomía subtotal	5
Piosalpinx	3
Apendicitis	3
Apendicectomías	3
Prolapsos uterinos	3

Colporrafias y Colpoperineorrafias	6
Biopsias	15
Trasfusiones de sangre. Hist. 964 y 1034	2
Septicemias (Estrep. Hemolíticos)	3
Septicemias Estafilococus	1
Infecciones puerperales	7
Placentas previas laterales	7
» » marginales	3
» » central parcial	1
» » central	1
Broncopneumonía	3
Fetos Anencefalos	3
Epilepsia	2
Pielonefritis	5
Bronquitis	1
Nefritis	1
Vómitos incoercibles	8
Tuberculosis pulmonar	6
Estrechez Mitral	2
Insuficiencias Mitrales	2
Neoplasmas de la columna vertebral	1
Hernia umbilical estrangulada	1
Vómica. Abceso del pulmón	1
Retención de orina (Prolapso)	1
Várices de los miembros inferiores	20
Várices de la vulva	6
Albuminúricas	22
Hidramnios	2
Síntomas de aborto	9
Reumatismo poliarticular	1
Trombus vaginal	1
Presentaciones viciosas	28
Placentas previas	12
Muerte del feto	19
Estrechez pelviana	4
Inercias uterinas	16

Sufrimiento fetal	18
Hemorragias por placenta baja	12
Brevedad del cordón	2
Desgarros del periné	22
Desgarros del cuello uterino	2
Ruptura artificial de membranas	56
Extracciones de nalgas	25
Versiones internas	4
Maniobras de Mauriceau	29
Forceps	13
Baciotripsia	1
Distocia anular	5
Cesáreas clásicas	4
Cesárea iterativa	1
Ligadura de las trompas	2
Hemorragias del alumbramiento	12
Hemorragias post alumbramiento	9
Episiotomías	7
Perineorrafias	18
Sutura de la vagina	1
Sutura del cuello	2
Globo de Champetier de Ribes	1
Circulares del cordón de 5 vueltas	1
» » » » 4 vueltas	1
Procidencia de mano	1
Endometritis puerperales	18
Pelviperitonitis (Colpotomía)	4
Abcesos de fijación	4
Abceso de la mama	1
Mastitis supuradas	6
Embarazos ectópicos	4
Inversión uterina	1
Cervicitis	7
Quiste de la pared anterior de la vagina	1
Quiste de la vulva	1
Quiste de la glándula de Bartolino	1

Bartolinitis	5
Insuficiencia ovárica	1
Inflamación ovárica	1
Esterilidad	1
Insuflación tubaria	2
Endometritis	3
Fístula abdominal	1
Neuralgia pelviana	1
Metrorragias	4
Amputación de cuello	1

POLICLÍNICA

La Policlínica anexa al Servicio funciona en la Gota de Leche de la Unión, a una cuadra del Hospital Pasteur. Es atendida por el suscripto acompañado por la doctora Volonté de Albo y el Dr. Alfredo Canzani.

Ha funcionado en el período 25 de abril de 1930 a 25 de abril de 1931, durante 311 días y se han atendido 1.369 enfermas nuevas y se han evacuado 2.626 consultas, distribuídas así:

	ENFERMAS NUEVAS	CONSULTA
1930.		
Abril (desde el 25)	2	32
Mayo	118	203
Junio	105	197
Julio	95	170
Agosto	114	200
Setiembre	125	220
Octubre	110	216
Noviembre	100	186
Diciembre	122	232
1931.		
Enero	132	280
Febrero	100	204
Marzo	140	280
Abril (hasta el 25)	106	206
TOTAL	1.369	2.626

Además se tratan en la Policlínica aquellas afecciones que no necesitan hospitalización: cervicitis, anexitis, insuficiencia ováras, etc.

Se tratan también las embarazadas específicas.

Para cumplir los tratamientos de estas afecciones se han inyectado los siguientes medicamentos:

Salvarsán	77	inyecciones.
Vacuna antigonococcica	126	»
Ovariona	288	»

El tratamiento de la cervicitis y de las anexitis ha obligado a practicar 306 curaciones cervicales y 257 aplicaciones de Horno Bier.

No quiero terminar este capítulo sin hacer mención de un punto que ya traté en la estadística del año anterior y que vuelvo a reproducir aquí con el objeto de que el señor Director lo tenga en cuenta y quiera tomar medidas que subsanen esta falta. Me refiero a la entrega de la caja con los útiles necesarios para el parto a las grávidas que concurrían a la Policlínica y que fué suspendida en el año pasado por causas que no debo reproducir aquí. Decía que la supresión de la entrega de las cajas en mi Policlínica obligaba a las grávidas a recorrer un largo trayecto que se agrega al que ya han recorrido para concurrir a la consulta, pues para obtenerlas era necesario que las interesadas concurrieran al local del Servicio Obstétrico Domiciliario, ubicado en la calle Mercedes, esq. Minas. Se trata de personas que en su mayor parte, viven en lugares apartados, Maroñas, Malvín, Carrasco, etc., y que por falta de medios hacen ese largo trayecto a pie. Con el régimen anterior, bastaba la concurrencia a la Policlínica a mi cargo, para que la embarazada fuera examinada y tratada convenientemente, y llegado el momento oportuno, se le entregaba la caja de útiles y la orden de asistencia para la partera elegida por ella misma, quien una vez efectuado el parto, debía dar cuenta de inmediato al Servicio Obstétrico Domiciliario. Por discrepancias con el jefe de este Servicio, me ví obligado a suspender la entrega de las cajas de útiles, por lo cual la embarazada se ve obligada a recorrer un nuevo trayecto de 5 kilómetros para recogerla.

Se hace necesario que el señor Director trate en alguna forma de evitar que tal cosa suceda, ya sea autorizando a la Policlínica de la Unión y a las que se creen en el porvenir, para hacer la entrega de las cajas o que el Servicio Obstétrico Domiciliario modifique el régimen actual que tanto perjudica a las embarazadas que habitan zonas alejadas y que constituyen el mayor número.

ASISTENCIA DEL RECIEN NACIDO

Continúa prestándome su concurso desinteresado y en forma competentísima el Dr. Pedro Cantonnet Blanch. En los "COMENTARIOS ESTADISTICOS" del año anterior, el Dr. Cantonnet expuso en detalle en qué forma se asiste al recién nacido en mi Servicio Clínico, agregando además, una serie de argumentos en favor de ampliaciones necesarias, entre otras, la creación del cuerpo de Visitadoras Sociales y la instalación de la Creche anexa a la Maternidad.

En el presente año el Dr. Cantonnet ha dedicado preferente atención a la vacunación anti-tuberculosa del recién nacido, utilizando la vía subcutánea.

He aquí el trabajo de este distinguido compañero y colaborador sobre el tema apuntado.

MATERNIDAD DEL HOSPITAL PASTEUR
SERVICIO DEL DOCTOR CARLOS P. COLISTRO

EL B. C. G. POR VIA SUB-CUTÁNEA EN EL RECIEN NACIDO

Por el doctor Pedro Cantonnet Blanch

En una nota preliminar aparecida en la Revista de la Tuberculosis del Uruguay (Febrero 1931) decíamos:

Son Weill-Hallé y Turpin los primeros que ensayan la vacunación antituberculosa por el B. C. G. por vía sub-cutánea en la especie humana; después de haberlo hecho en los animales de experiencia con buenos resultados. En sus primeros trabajos que datan de 1923, recomiendan los autores esta vía de introducción para practicar: 1.° las revacunaciones en los niños vacunados, al nacimiento, por vía oral; 2.° para los casos de niños no vacunados durante los primeros 10 días del nacimiento y 3.° para niños más grandes de 14 ó 15 años y mismo adultos jóvenes, a condición de tener éstos dos cutirreacciones (C. R.) negativas, practicadas con intervalos de 7 días, si viven en medio sano.

En el caso de ser niños rodeados de bacilos, se practica una primera C. R. Si resulta negativa, se le aísla un mes, al cabo del cual se vuelve a hacer una segunda C. R.; en caso de ser negativa permiten la vacunación.

Practicada esta nueva vía de administración en la región subescapular, era frecuentemente seguida de nódulos y más tarde de abscesos, que se abrían y supuraban como lo puede hacer un absceso a bacilos de Kock.

Para evitar este serio inconveniente, rebajaron en nuevas series de vacunaciones las dosis de inyectar, preparando el Instituto Pasteur una emulsión de B. C. G. que tenía 0,025 mgr. de B. C. G. por c. c.

Recordamos, por nuestra parte, que M. Weill-Hallé nos

recomendaba en la Escuela de Puericultura de París, las dosis de 1/50 de mgr. para evitar o disminuir el porcentaje de vacunaciones con B. C. G. sub-cutáneo, seguido de abscesos supurantes.

En la reunión de la Sociedad de Pediatría, de Diciembre de 1930, el Dr. J. Bauzá, en uno de sus bien documentados trabajos, nos adelantó los ensayos hechos con el B. C. G. empleado por vía subcutánea, en niños que hubieran pasado los diez primeros días de vida exigidos por Calmette para la vacuna por vía bucal, y para practicar revacunaciones.

Emplea el Dr. Bauzá una emulsión de B. C. G. de 1/50 de mgr. contenido en 1/2 c. c., haciendo una inyección subcutánea en la región subescapular.

En este trabajo llega el Dr. Bauzá a conclusiones enteramente favorables a esta nueva vía, a pesar de tener un porcentaje de nódulos y abscesos supurantes, que indudablemente es el gran inconveniente de la vacunación subcutánea.

Nosotros, por nuestra parte, en la Maternidad del Hospital Pasteur, en el servicio del Dr. Colistro, comenzamos el año pasado a practicar la vacunación subcutánea a todo recién nacido, entre el 2.° y 6.° día de vida, no teniendo hasta ese momento conocimiento que esta vía se aplicara en clínica alguna para el recién nacido.

En el Congreso del Centenario, el Dr. R. Charlone presentó un interesante caso. Se trataba de una niña de 16 meses de edad, muerta de meningitis tuberculosa (comprobado este diagnóstico en Morgagni), que hubo recibido el B. C. G. al nacimiento por vía bucal y había tenido un contagio infectante a los 9 meses de edad.

Entre los problemas que se plantearon para explicar la muerte por meningitis tuberculosa, una que aparecía como lógica era el saber si el B. C. G. había sido absorbido por el

intestino, como lo sostiene Calmette, o si el niño no habría vomitado su vacuna después de habérsela hecho ingerir con la cuchara.

Es indudable que, los que servimos servicios de recién nacidos, comprendamos que es muy fácil que el niño vomite su vacuna sin saberlo la nurse (que tiene un buen número de camas que atender) y puede también el niño tener dificultad para deglutir, como pasa muy frecuentemente en los recién nacidos débiles y prematuros, perdiéndose parte de la vacuna por las comisuras labiales.

Pues bien, estas importantes causas de duda no existirían en caso de hacer esta vacunación por vía subcutánea.

El problema más serio que se nos planteaba para hacer esta vacuna, era el poder evitar el absceso supurante, pues si bien es cierto que éste cura siempre entre el 2.° y 3er. mes, al no evitarlo, el método sería condenado al fracaso.

La segunda dificultad que se nos presentaba era dar una dosis tal que, no produciendo el absceso, fuera capaz de inmunizar al recién nacido.

Hemos vacunado hasta la fecha 105 recién nacidos, por vía subcutánea, y los resultados obtenidos hasta el momento no pueden ser mejores.

Empleamos la vacuna preparada en el Dispensario Calmette, bajo la dirección del Dr. Moreau, 1/50 de mgr. de B. C. G. en un volumen de 1/2 c. c., conteniendo 800.000 bacilos B. C. G. No hemos encontrado, en ningún caso, trastorno inmediato alguno, obteniendo las gráficas de peso y temperatura normales. Hemos vuelto a ver niños, después de tres meses de vacunados, con un desarrollo completamente normal.

Para evitar los abscesos, hacemos el total de la dosis en dos inyecciones simultáneas en las regiones escapulares derecha e izquierda, puesto que de esta manera disminuímos más

todavía la cantidad de bacilos inyectados bajo la piel en el mismo lugar, es decir, un cuarto de c. c. en cada región, lo que representa 400. 000 bacilos B. C. G.

Procediendo en esta forma hemos visto solamente en la cantidad de niños que hemos podido seguir después del B. C. G. S. C.: una vez un nódulo y jamás abscesos. Por lo tanto, el más serio de los inconvenientes lo hemos salvado en absoluto, si nos atenemos a los niños que hemos seguido.

Esperamos ahora la prueba del tiempo para poder llegar a conclusiones definitivas.

El segundo objetivo a buscar, lo hemos dicho, es producir el estado de inmunidad con la dosis inyectada. Sabemos que el B. C. G. introducido en el organismo es capaz de producir anticuerpos y tuberculinas provocando un estado de alergia a la tuberculina bruta de Kock. (Pirquet y Mantoux). Este estado de alergia varía en cuanto a su aparición (precoz o tardía), duración e intensidad, en relación con la vía de administración (subcutánea, según Calmette, más precoz y duradera que las otras vías), en relación a la especie animal inyectada, y a particularidades propias a cada animal o individuo.

Sabemos que, para Calmette, inmunidad y alergia serían dos estados diferentes e independientes, no existiendo la alergia más que cuando existen lesiones foliculares o tubérculos, y demostrando por experiencia que la inmunidad puede existir sin jamás haber aparecido un estado de alergia y después de haber desaparecido ésta. Opiniones estas que no son compartidas por todos los experimentadores: Pirquet, Lange, Nobel y otros, los cuales pretenden que el estado de inmunidad contra la tuberculosis, no puede existir sin estado de alergia a la tuberculina.

De las experiencias que citamos, parece deducirse, pues, que la inmunidad a la tuberculosis no está siempre ligada al estado de alergia y que son dos estados diferentes (Calmette). Pero para nosotros, que inyectamos el B. C. G. s. c., o para

los que hacen "per os", este estado de alergia, que tratamos de producir en el organismo infantil, tiene importancia capital, pues nos indica que ese B. C. G. ha sido retenido por el organismo, que ese organismo está impregnado, en buenas condiciones para poder inmunizarse.

Sabemos que todos los autores que se han ocupado del B. C. G. han estudiado las diversas modalidades de aparición de este estado de alergia, precocidad de aparición, tiempo de duración, porcentaje de estados alérgicos, etc.

Nosotros también estamos estudiando el momento de aparición del estado alérgico en los recién nacidos vacunados por el B. C. G. s. c.

Hemos obtenido, en dos casos que hemos seguido, C. R. positivas después, de seis semanas de la vacunación (no existiendo en ninguno de los dos casos bacilosis en la familia), lo que quiere decir, si la observación ulterior de nuevos casos que estamos realizando lo confirma, que el estado alérgico aparece precozmente, opinión sostenida por todos los autores que se han ocupado de este asunto.

En el trabajo definitivo que pensamos hacer sobre el tema, estudiaremos completamente todo lo que se refiere a precocidad de aparición, porcentaje de resultados positivos (eliminando por reacciones de control las posibles falsas C. R. positivas), comparándolos con los resultados obtenidos por vía bucal.

La aparición del estado de alergia es, para casi todos los autores, más precoz empleando la vía subcutánea, aunque otros no confirman estos resultados.

Tal vez ese estado de alergia aparezca tardíamente, o no llegue a producirse, como se ha dicho, en los casos en que la inyección fuera seguida de un nódulo escleroso, que impidiera la difusión del bacilo-vacuna. Y es tal vez por la no formación de nódulo en el reción nacido, que se podría explicar la aparición precoz de C. R. positivas que hemos obtenido.

En cuanto a la causa o causas de formación de abscesos, las hipótesis son muchas. Cuestión de dosis, de vía (subdérmica, subcutánea, intramuscular), de volumen de la emulsión vacunal, de la homogeneidad de la misma, de traumatismos repetidos de la región inyectada, por roces, frotaciones medicamentosas, etc.

Hemos pensado si en los casos del Dr. J. Bauzá, a pesar de hacer previamente dos C. R. con resultado negativo, no podría estar el niño vacunado en estado de prealergia, y el absceso no ser más que la manifestación de un fenómeno de Kock.

De todas las hipótesis creemos la más importante causa de la formación de abscesos, la dosis. Nosotros empleamos 1/50 mgr., como lo hemos dicho, pero hacemos dos inyecciones simultáneas.

CONCLUSION.—La profilaxis de la tuberculosis la realizamos en el recién nacido, por medio del B. C. G. introducido por vía subcutánea a la dosis de 1/50 de mgr. diluído en 1/2 c. c., en dos inyecciones simultáneas.

No hemos visto, en los casos observados, la formación de nódulos, ni de abscesos.

C. R. positivas precozmente (6.° semana).

Empleando esta vía tenemos la seguridad de que el organismo vacunado ha absorbido la vacuna.

No queremos terminar este trabajo sin agradecer la buena voluntad del Director del Laboratorio del Dispensario Calmette, Dr. Moreau, al facilitarnos los medios para poder realizar nuestro trabajo y para completarlo, todavía, poniendo a nuestra disposición las nuevas visitadoras del Dispensario, encargadas de hacer el control de las C. R. que practicamos en los vacunados y que serán motivo de un próximo trabajo.

Hasta el momento actual (Mayo 30 de 1931) hemos vacunado por la misma vía 260 niños.

Pero como prometiéramos en nuestra nota preliminar, volvemos hoy sobre el tema, exponiendo los resultados obtenidos hasta la fecha.

Hemos podido seguir a un buen número de niños vacunados por vía sub-cutánea a pesar de lo difícil que resulta en nuestro medio hacer estas investigaciones.

En los niños que hemos podido seguir, hemos estudiado su estado general, la existencia o no de nódulos y de abscesos y sobre todo el estado de alergia despertados en esos organismos vacunados.

Hemos podido hacer la cuti-reacción en 94 niños .

Esas C. R. fueron practicadas entre los 25 días y 2 a 3 meses después de haber el niño sido vacunado.

La técnica empleada fué la siguiente:

En el brazo derecho practicamos después de lavado al alcohol 90° y dejar secar tres puntazos sobre la piel, los dos superiores teniendo cada uno una gota de tuberculina bruta de Kock, el puntazo inferior sirviéndonos de reacción de control (Reacción Traumática de Control).

El resultado lo interpretamos a las 24 horas.

Es positiva cuando existe una diferencia manifiesta entre los dos primeros puntazos (con Tuberculina) y el inferior (de Control sin Tuberculina).

Las C. R. las clasificamos en positivas +. Positiva intensa ++ Flictenular +++ Negativa —.

Y bien hemos practicado como ya dijimos 94 C. R. en niños vacunados. Esas C. R. han sido + o ++ en 91 niños; solamente en tres casos la C. R. se ha mostrado negativa, y un caso que fué dudosa.

Quiere decir pues que el porcentaje de niños vacunados en estado de alergia es casi total (y muy superior el obtenido en los niños vacunados por vía bucal).

Por otra parte buen número de veces hemos visto C. R. precoces (25 días de haber sido el niño vacunado).

Nódulos en el lugar de la inyección hemos visto cuatro casos, teniendo en el momento del examen una consistencia

dura, muy pequeños (del tamaño de un maíz) y sin tendencia a la supuración.

Abscesos.—Hemos visto uno cicatrizado, diciéndonos la madre del niño que había supurado, encontrando nosotros en el lugar de la inyección dos cicatrices como las producidas por los abscesos fríos.

Es, pues, necesario esperar tener más niños vacunados, seguir bien de cerca a esos mismos niños, para poder llegar a conclusiones definitivas no sobre el estado de alergia producido, puesto que con los resultados que hemos obtenido por vía sub-cutánea ese estado humoral es casi total.

El problema que tiene importancia es evitar la formación de abscesos, puesto de producirse estos en porcentaje apreciable, el método caería en desuso.

Y por fin hemos visto que esos 94 niños que hemos podido seguir se desarrollaban dentro de la más perfecta normalidad.

Laxitud ligamentosa articular del recién nacido

Vamos a destacar del estudio diario practicado en los "Recién Nacidos" del servicio al niño *N. C.*

Niño nacido a término de parto normal (fácil, espontáneo) con un desarrollo y estado general excelente.

Antecedentes familiares sin importancia.

Al examinarlo notamos, que con la pierna izquierda podemos realizar un "juego articular" sobre todo en la extensión de la pierna sobre el muslo que poníamos en genu-recurbatun.

Lo mismo hacíamos con los movimientos laterales.

A la inspección no notamos nada de anormal.

La palpación nos hacía destacar una fractura y también la ausencia de rótula que palpamos perfectamente.

La radiografía practicada *Normal.*

Solo nos queda de pensar en un Laxitud Ligamentosa Congénita unilateral de la articulación de la rodilla.

Destacamos el caso porque no hemos encontrado en la literatura un caso semejante, saliendo de lo corriente, de lo común, en la clínica del recién nacido.

Dos casos interesantes

Que han sido motivo de comunicación a la Sociedad Ginecotológica del Uruguay.

UN CASO DE SUPERFETACIÓN

(Comunicación a la Sociedad Ginecotológica del Uruguay)

Cuando dos o más huevos que provienen de la misma ovulación son fecundados se dice que hay *superfecundación. La superfetación* es la fecundación sucesiva de huevos que provienen de ovulaciones diferentes.

La superfecundación se observa frecuentemente entre los animales: una hembra puede ser fecundada por dos o más machos de raza distinta. De la misma manera el hecho se comprueba en la especie humana. El Profesor Bar invoca en favor de ello los casos en que mujeres de raza negra o blanca que han tenido relación con un negro y con un hombre de raza blanca hayan parido, la primera un negro y un mulato y la segunda un mulato y un blanco.

En cuanto a la superfetación, el problema ha sido muy discutido. Si bien es cierto que en los casos en que existen dos úteros, el fenómeno es perfectamente admisible, no así sucede en aquellos en que el útero es normal.

La mayor parte de los autores niegan la existencia de la superfetación, considerando los casos que se han presentado como tales, como casos de superfecundación con retardo de desarrollo de uno de los huevos.

Teóricamente la superfetación es posible. Para que una nueva fecundación pueda efectuarse cuando un primer huevo ha adquirido un desarrollo apreciable, es necesario que la ovulación continúe durante el embarazo y que el espermato-

zoide encuentre vía libre para poder ascender hasta el pabellón de la trompa, lugar probable de la conjunción con el óvulo.

La persistencia de la ovulación durante el embarazo ha sido demostrada.

Slavyansky encontró en el ovario de una mujer muerta por ruptura de un embarazo tubario, un folículo maduro. Ravano ha examinado 100 ovarios de mujeres embarazadas y en muchos casos ha encontrado folículos en vía de maduración y en el 5 % de los casos, ovulación completa. Bruno Wolf al practicar la autopsia de una mujer muerta por infección causada por maniobras abortivas, encontró: "embarazo gemelar bivitelino, dos sacos coriales y dos placentas netamente separadas. El ovario izquierdo contenía dos cuerpos amarillos del embarazo, de tamaño y forma tan diferentes y a una distancia tan desigual de la superficie del ovario, que parecía no pertenecieran al mismo período menstrual. En el Congreso de Obstetricia y Ginecología celebrado en Génova en 1896, Cosentino dió a conocer las preparaciones histológicas de los ovarios de una mujer embarazada de 6 meses muerta súbitamente y en cuyos cortes se observaban los diferentes grados de desarrollo de muchos folículos y algunos de ellos en período de madurez. Fabre, estudiando los ovarios de una mujer embarazada a término, encontró folículos maduros que contenían óvulos.

La independencia de las caducas ovular y uterina antes del tercero o cuarto mes del embarazo, dejando entre ellas un espacio libre, permite el ascenso de los espermatozoides.

Luego pues las condiciones exigidas para una fecundación ulterior, parecen llenadas, pero a pesar de ello se sigue negando la existencia de la superfetación, y Cathala, que ha tratado el tema en distintas ocasiones, afirma que hasta el presente no ha podido ser demostrada, pues si bien es cierto que puede admitirse la fecundación posterior de un segundo huevo, las modificaciones profundas que provoca la nidación del primer huevo fecundado a nivel de la mucosa uterina impediría al segundo huevo arraigarse en una caduca que ha

adquirido un cierto desarrollo. Solamente muy al principio del embarazo esta anidación sería posible. En resumen, pues, Cathala niega la existencia de la superfetación y todos los casos publicados deben interpretarse como casos de superfecundación con retardo de desarrollo de uno de los huevos por lesiones placentarias.

Los casos publicados de superfetación, corresponden a dos grupos diferentes.

En un primer grupo se colocan aquellos casos en que dos fetos viables, han nacido en épocas alejadas. El segundo grupo comprende el nacimiento simultáneo de dos fetos de muy distinto desarrollo.

Como casos de superfetación correspondientes al primer grupo, Ribemont -Dessaignes publica los siguientes:

Mariana Bigaud, enfermera del Hospital Militar de Estraburgo, parió el 1 de Abril de 1748 un feto vivo y viable. El parto habría sido tan rápido y tan feliz, que una hora después abandonaba la casa de la partera y regresaba a pie a su domicilio llevando a su hijo en los brazos. Pocos días después como sintiera movimientos semejantes a los del embarazo y observara que su vientre aumentaba de volumen, consultó un tocólogo distinguido quien le aseguró que estaba en cinta de varios meses. El 17 de septiembre del mismo año 5 meses y medio más tarde del primer parto, dió a luz otro feto a término.

Benita Franquet dió a luz el 20 de enero de 1780 un feto prematuro de 7 meses, y el 6 de julio otro feto a término.

Cita también el caso de una mujer de Arles que parió dos gemelos a término: uno el 11 de noviembre de 1796 y otro el 11 de abril de 1797.

Además de estos casos considerados como clásicos, posteriormente se han publicado muchos otros en que los fetos han nacido con intervalo de 7 semanas (Dimmerbrock), de 52 días (Thielmann), de 6 semanas (Lebas), de 4 semanas (Moebus), de un mes (Generali), y el interesante caso del

Dr. Iraeta, de Buenos Aires, que resumido es como sigue: una mujer embarazada perdió sangre durante los cuatro primeros meses del embarazo. Dió a luz gemelos, uno en el mes de julio y otro en el mes de octubre. El Dr. Iraeta cree que se trata de un caso de superfetación, y la cesación de la hemorragia marca el comienzo de la segunda fecundación.

Cathala sostiene que todas estas observaciones están sujetas a crítica. Las primeras, que son muy antiguas, no ofrecen garantías pues se refieren a épocas en que las cuestiones obstétricas no eran bien conocidas y los médicos se dejaban guiar más por consideraciones filosóficas que por métodos rigurosamente científicos; y en cuanto a las otras, son observaciones incompletas en que no constan los pesos de los fetos, y sobre todo falta un dato que Cathala considera de capital importancia y es la forma del útero. No se hace constar si se trata de un útero bífido o de forma normal, lo que cambia radicalmente los términos del problema, pues en el primer caso la superfetación puede producirse.

Los casos pertenecientes al segundo grupo, es decir, aquellos en que la expulsión de los fetos es simultánea pero su desarrollo es diferente, son los más numerosos. Se trata de fetos cuya diferencia de peso tan grande (en un caso de Doleris alcanzó a 2440 gramos) ha llamado la atención en el sentido de considerarlos de distinta edad intrauterina. La diferencia de peso aún bastante marcada (se trata siempre de gemelos bivitelinos) según Cathala, no puede servirnos para demostrar la diferencia de edad. El examen radiológico de los puntos de osificación ha comprobado, que a pesar de existir entre dos fetos una diferencia de 1580 gramos, su edad era la misma. Sólo la investigación radiográfica de los puntos de osificación y el examen microscópico de las placentas, puede darnos la seguridad absoluta de la existencia de la superfetación, y esto, según el autor citado no ha sido practicado en todos los casos y en aquellos en que las investigaciones se han hecho completas, se ha llegado a la conclusión de que se trataba de casos de superfecundación.



FIGURA 1.—María R. A.—2.500 gramos.—Dinorah A.—1.300 gramos.



FIGURA 2.—María R. A.—2.500 gramos.—Dinorah A.—1.300 gramos.

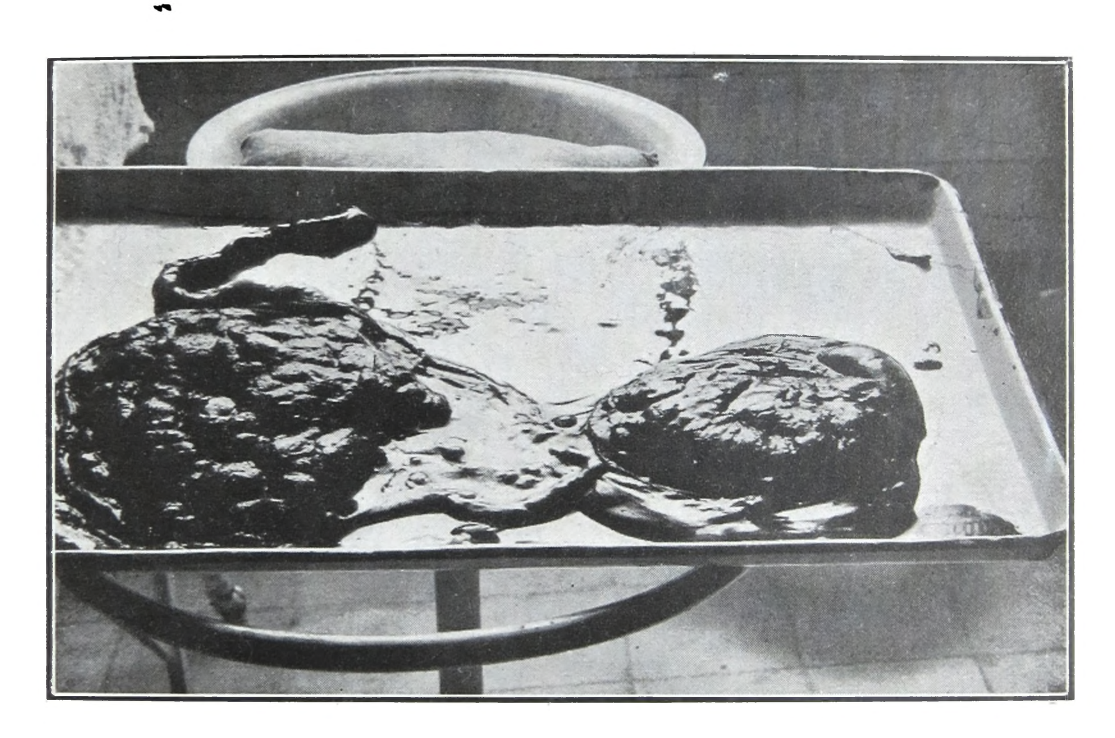


FIGURA 3.—Placentas.—Pesos: 480 gramos y 270 gramos.

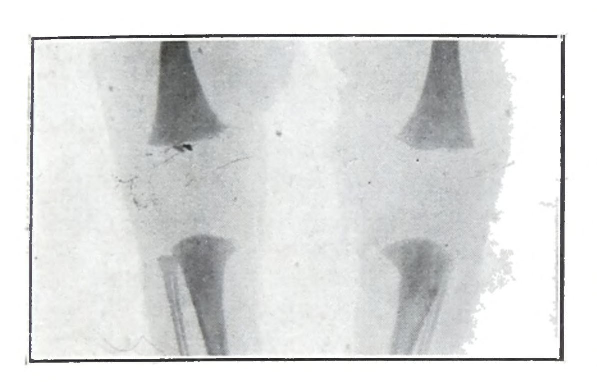


FIGURA 4.—1.er feto, María R. A.—No hay puntos de osificación.—(Radiografía, Mayo 13/930).

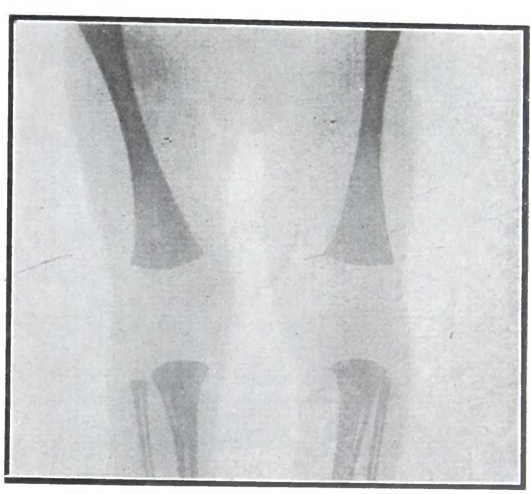


FIGURA 5.—2.° feto, Dinorah A.—No hay puntos de osificación. — (Radiografía, Mayo 13/930).

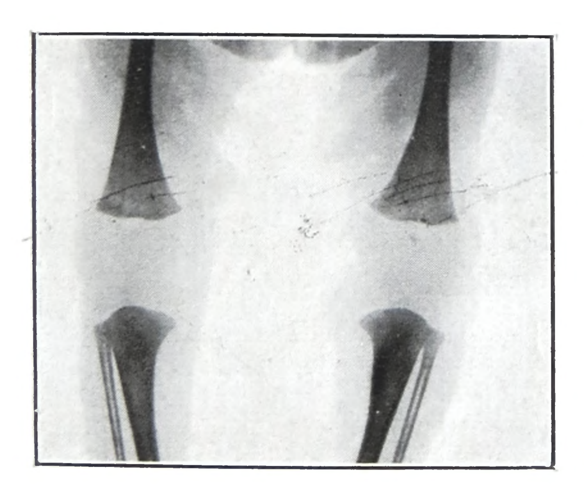


FIGURA 6.—1.er feto, María R. A.—Aparece el punto de osificación de Beclard. (Radiografía. Junio 5/930).

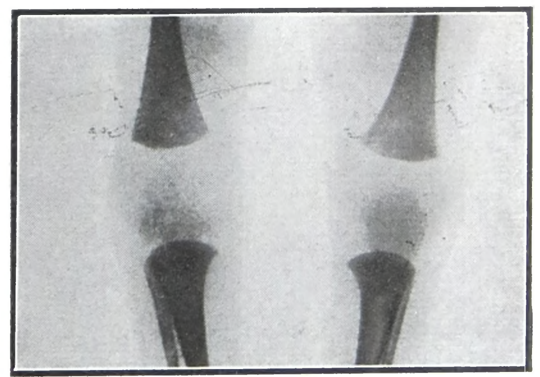


FIGURA 7.—2.° feto, Dinorah A.—No hay puntos de osificación.—(Radiografía, Junio 5/930).

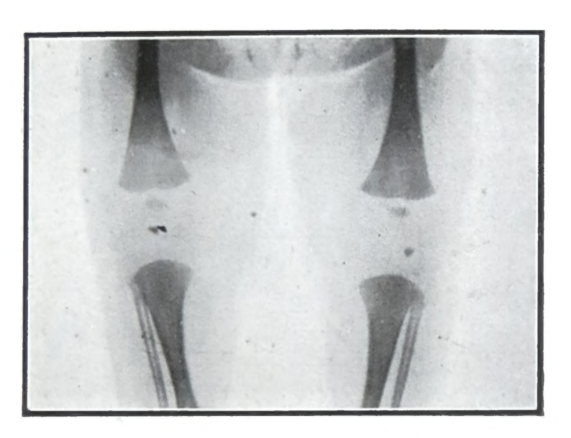


FIGURA 8.—1.er feto, María R. A.—Puntos de Beclard más extendidos y aparición del punto tibial superior.—(Radiografía, Junio 25/930).

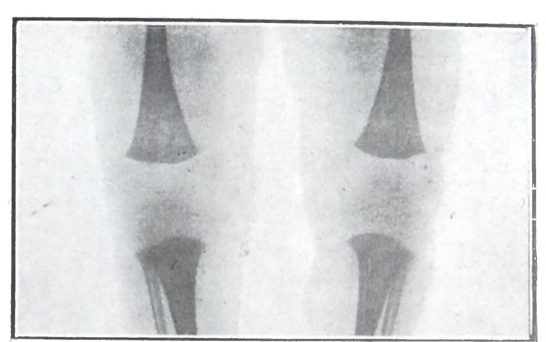


FIGURA 9.—2.º feto, Dinorah A.—No hay puntos de osificación.

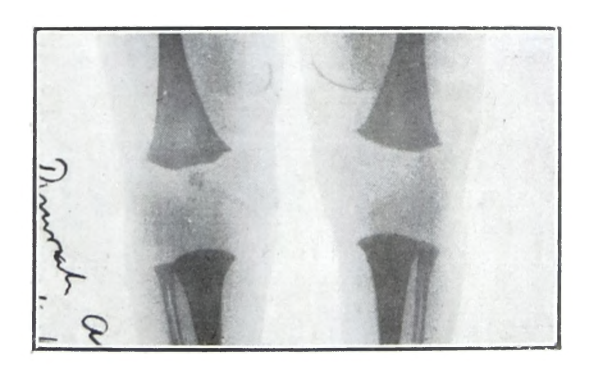


FIGURA 10.—2.º feto, Dinorah A.—Aparece el punto de osificación de Beclard a los 93 días del nacimiento.—(Radiografía, Agosto 12/930).

Es indudable que la descripción un tanto pintoresca de alguno de los casos expuestos, le quita mucho valor científico, pero no es justo tampoco olvidar que el referente a Benita Franquet fué autenticado por dos notarios de Lyon, ante los cuales la interesada expuso detalladamente la historia de sus dos partos.

Esta declaración se encuentra reproducida en la Colección de la Sociedad de Medicina de París y recordada más tarde por Bouchacourt en una de la Sesiones de la Sociedad de Obstetricia de París en el año 1902. Nosotros pensamos ante estos hechos, que pudiera tratarse de gestaciones implantadas en un útero doble.

Excluímos de esta consideración al que se refiere a Mariana Bigaud a quien se le practicó la autopsia el año 1755 y se constató que su útero era normal.

Otro punto que Cathala considera de suma importancia para el diagnóstico de la superfetación, es el examen histológico de las placentas. Mediante el, ha podido demostrar, en el caso que ya hemos mencionado en el curso de este trabajo, que dos huevos cuya diferencia de desarrollo era considerable, eran de la misma edad. Nosotros no hicimos el análisis histológico de las placentas porque, si bien es cierto que en los embarazos de poca edad, como el referenciado por Cathala, ese examen puede darnos resultados interesantes, no así sucede cuando la gravidez llega o sobrepasa los 7 meses. Actualmente no existen diferencias histológicas suficientemente precisas entre la placenta de un feto de 7 meses y la de un feto a término, para que podamos por este procedimiento fijar la edad del embarazo y discutir el diagnóstico de la superfetación.

Tanto los médicos forenses como los tocólogos, para poder asegurar que un feto es de término, toman en cuenta la presencia de un conjunto de carecteres morfológicos entre los cuales se citan como más importantes, el peso, la talla, la longitud de los cabellos y de las uñas, el peso de la placenta, la edad del embarazo, etc. etc. Sin embargo ninguno de estos signos, considerados separadamente, tiene un valor

absoluto y su conjunto sólo constituye una presunción de la madurez fetal. El Profesor Balthazard considera que un feto es de término cuando mide 50 centímetros de longitud y pesa 3250 gramos. Además debe presentar en el maxilar inferior, de cada lado de la línea mediana, 4 alvéolos tabicados y un punto de osificación de dos a cinco milímetros de diámetro, a nivel de la extremidad inferior de cada femur. La placenta debe pesar 540 gramos.

Como vemos el Profesor Balthazard exige como una de las condiciones de la madurez la presencia del punto de osificación de Beclard.

Es indudable que la investigación de los puntos de osificación y la época de su aparición, tienen una importancia suma en la determinación de la madurez fetal. Sabemos bien que los puntos de osificación aparecen en un orden definido y siempre en la misma época para el mismo hueso. De los 308 puntos de osificación que aparecen durante la vida intrauterina, nos interesan principalmente aquellos cuya aparición coincide con el término de la preñez: son los de la extremidad inferior del femur y de la extremidad superior de la tibia.

En cuanto al punto epifisario inferior del femur dice el Dr. Escardó y Anaya *(Anales de la Facultad de Medicina* —Tomo II pág. 254) "aparece más o menos en la época del nacimiento. Siempre lo hemos visto en las radiografías de niños de 3 a 4 días. Es el célebre punto que sirve a la Medicina Legal para la determinación de la edad del recién nacido. El punto epifisario superior de la tibia se dice que se encuentra más o menos en la época del nacimiento. A los 6 meses es constante, pero al nacimiento no lo hemos encontrado generalmente, cuando ya se veía el punto del femur".

Otros muchos autores se han ocupado también de la investigación radiológica de los puntos de osificación. Podría citar entre otros a Aclair y Scammon, Balthazard, Beclard, Corrado, Debierre, Freymond, Graham, Guichard, Jardin, Pozier, y Schwaab y salvo algunas diferencias de detalle que no afectan fundamentalmente al problema que tratamos, se

puede arribar a las siguientes conclusiones del punto de vista de la madurez fetal.

Puede considerarse a término todo recién nacido que presente un solo punto de osificación en la rodilla (punto de Beclard), cuyo peso sea superior a 2500 gramos y la longitud del cuerpo sea de 48 centímetros.

Puede considerarse como de 8 meses cumplidos de vida intrauterina, todo recién nacido cuyo punto de osificación de la epífisis inferior del femur, es apenas visible, cuyo peso es inferior a 2500 gramos y cuya talla varía entre 44 y 46 centímetros. Y por último todo recién nacido que no presente puntos de osificación en la región de la rodilla, cuyo peso sea inferior a 2500 gramos y cuya talla no llegue a 44 centímetros, no ha llegado todavía al octavo mes de la vida fetal.

El caso que traigo para conocimiento de los colegas debe impresionar favorablemente en el sentido de considerarlo como un caso de superfetación. Por las razones que expusimos en párrafos anteriores no consideramos necesario el examen microscópico de las placentas, pero en cambio hemos hecho un examen radiográfico completo de ambos fetos que nos conduce a la conclusión de que ambos son de distinta edad y que entre ellos existe una diferencia algo superior a 2 meses. Suponemos que el primer feto es un prematuro con algo más de 8 meses de vida intrauterina y el segundo de 6 meses completos. El peso y la longitud están de acuerdo con estas edades.

La radiografía de los miembros inferiores es muy interesante. La primera fué hecha el 13 de mayo a los 3 días del nacimiento: (Figuras 4 y 5) ninguno de los dos fetos presenta puntos de osificación en la epífisis inferior del femur. Se trata pues de dos fetos prematuros. El 22 del mismo mes vuelven a radiografiarse con el mismo resultado anotado anteriormente: no hay puntos de osificación. En la radiografía tomada el 5 de junio (Figuras 6 y 7) aparece el punto de osificación de Beclard en el primer feto (María R.) a los 25 días de edad. La radiografía del segundo feto (Dinorah) no presenta punto de osificación. El 25 de junio (Figuras

8 y 9) se hacen nuevas radiografías con el siguiente resultado: primer feto—puntos de osificación de Beclard más extendidos y aparición del punto tibial superior—el segundo feto no presenta puntos de osificación.

Ulteriormente sólo se sacan radiografías del segundo feto. Se practican el 3, el 16 y el 28 de julio y el 6 de agosto y en todas ellas no se constatan puntos de osificación.

Recién en la radiografía practicada el 12 de agosto (Figura 10) a los 93 días del nacimiento, aparecen los puntos de osificación de Beclard.

He aquí ahora la historia del caso motivo de esta comunicación.

Observación número 726 — Marcelina G. de A. — 24 años, uruguaya, primigesta, ingresa a la Maternidad del Hospital Pasteur el 10 de mayo de 1930 en trabajo de parto con bolsa de aguas rota, dilatación completa y cabeza en el piso perineal. La última menstruación tuvo lugar entre el 26 y el 30 de agosto de 1929. Su embarazo es pues de 8 meses.

La primera regla apareció a los 13 años, siendo regulares y de 4 días de duración. No ha tenido ninguna afección genital, ni enfermedad de ninguna clase. Los padres viven y son sanos. La reacción de Wassermann, hecha en el Servicio resultó negativa.

Es conducida del público por la Asistencia Pública y nos dice que sintiéndose con dolores de parto y no pudiendo asistirse en su domicilio por carecer de recursos, solicitó los servicios de la Asistencia Pública para que la condujera a un Hospital. El practicante que concurrió, temiendo que el parto se produjera antes de su llegada al Hospital, le inyectó morfina.

Veo la enferma a las nueve de la mañana, dos horas después de su ingreso. Hay inercia uterina completa. Utero de 30 centímetros de altura axial. Presentación longitudinal. Latidos fetales algo sordos. El examen de los diversos aparatos orgánicos no presenta nada anormal. Tactada encuentro bolsa de aguas rota, cabeza muy descendida en O. P.

Previa anestesia hago una aplicación de forceps directa para la madre y el feto. Extracción fácil de un feto del sexo femenino de 2500 gramos de peso que nace en buen estado. Pocos momentos después la enferma siente deseos de pujar y aparece en la vulva una bolsa de aguas. Constato la presencia de un segundo feto que se presenta de nalgas. Ruptura de la bolsa de aguas y extracción pélvica de un feto de 1300 gramos de peso, también del sexo femenino, que nace afixiado pero que se reanima con facilidad. Alumbramiento espontáneo a los 20 minutos. Sutura de una episiotomía izquierda. Estado materno bueno. Puerperio normal. Alta el 21 de mayo. Madre e hijos en buen estado. Antes de abandonar la clínica, se le practicó un examen genital que constató que el útero era normal.

Descripción de los fetos—(Figuras 1 y 2). (Observación del Dr. Cantonnet, tomada el 10 de marzo, día del nacimiento):

Primer feto — María R. A. Peso 2500 gramos. Débil congénito de primer grado con piel y orificios naturales normales. Panículo adiposo poco desarrollado. Esqueleto y fontanelas normales. El bazo no se palpa. El hígado rebasa el reborde costal. Longitud 48 centímetros. Diámetros cefálicos: biparietal — 9 centímetros, bitemporal 7 ½, sub-occipito bregmático 9, sub-occipito frontal 10, sub-mento bregmático 9, bimalar 6, fronto-occipital 11, biacromial 11, bitrocanterio 9 ½, circunferencia occipito frontal 33, circunferencia sub-occipito bregmática 31.

Segundo feto — Dinorah A. Débil congénito de tercer grado. Peso 1300 gramos. Panículo adiposo casi desaparecido. Esqueleto y fontanelas normales. Débil congénito de tercer grado con cara rugosa, mentón puntiagudo y ombligo cerca del pubis. Por el peso y por la talla parece ser un niño de 6 a 7 meses de vida intrauterina. Longitud 39 centímetros. Diámetros cefálicos: biparietal 7 ½. Bitemporal 6. Sub-occipito bregmático 7 ½. Sub-occipito frontal 9. Submento bregmático 7 ½. Bimalar 5. Fronto occipital 10. Bia-

cromial 10. Bitrocanter 8. Circunsferencia occipito frontal 27. Circunsferencia sub-occipito bregmtáica 25 ½.

Descripción de los anexos fetales — Embarazo bivitelino, bicorial y biamniótico. Cada feto está encerrado en un saco independiente. Las placentas (Figura 3) se encuentran unidas por un puente membranoso de 15 centímetros de extensión.

Placenta del primer feto — Peso 480 gramos. Dimensiones 19 × 16. Forma irregular. Espesor 2 centímetros. Cordón de 55 centímetros de largo con inserción lateral.

Placenta del segundo feto — Peso 270 gramos. Forma discoidal. Espesor 1 ½ centímetros. Cordón de inserción velamentosa.

Frente al caso que acabamos de describir, en que una mujer cuyo útero es normal, da a luz dos gemelos bivitelinos cuya diferencia de peso es apreciable (1200 gramos) y en que radiografías sucesivas han demostrado que existió una diferencia de más de 2 meses en la aparición de los puntos de osificación en uno y en otro feto, podemos pensar con justicia que se trata de un caso de superfetación. Si teóricamente la superfetación es posible y sólo se aduce para negar su existencia el que un segundo huevo fecundado no puede arraigarse en una mucosa uterina alterada por la implantación del primer huevo; utilizando el mismo argumento, podríamos llegar a negar la superfecundación cuya existencia es indiscutible. En efecto: dos huevos fecundados en el mismo período de ovulación, pueden serlo, uno al principio y otro al final de dicho período, y es evidente que la mucosa uterina en la época de la anidación del segundo huevo, debe necesariamente estar alterada, y sin embargo su implantación y desarrollo se hacen normalmente. Si la fecundación del segundo huevo tiene lugar en los comienzos del período de ovulación siguiente, las alteraciones de la mucosa uterina no diferirán grandemente de aquellas del final de la primera ovulación. Si la anidación es posible en este caso ¿por qué no puede serlo en el planteado anteriormente? Un ejemplo aclarará lo que acabo de exponer: supongamos que una

mujer es fecundada por primera vez el 8 de enero y por segunda vez el 28 del mismo mes. La fecundación doble en el mismo período de ovulación es aceptada por todos, hay superfecundación. Ahora pregunto yo ¿esa misma mujer no puede ser fecundada por segunda vez, a principios de febrero, en otro período de ovulación? Considero que si la mucosa alterada permite el 28 de enero una nueva anidación ¿cómo no vamos a admitir que el mismo fenómeno puede producirse pocos días después, es decir a principios de febrero? Quizás, cuando el primer embarazo haya sobrepasado el tercer mes, momento en que las caducas refleja y verdadera se acercan para su soldadura definitiva, las alteraciones de la mucosa uterina, sean de tal intensidad que la anidación del segundo huevo se haga imposible, pero, me parece evidente, que si ella tiene lugar durante el período de ovulación siguiente, la superfetación es posible y tan real como la superfecundación, y puede defenderse su existencia, en la misma forma y con los mismos argumentos aducidos en favor de la superfecundación.

CONCLUSIONES

Si teóricamente la superfetación es posible desde que en el 5 % de los casos de embarazo persiste la ovulación, y la soldadura de las caducas uterinas recién se verifica entre el tercero y cuarto mes de la gestación, permitiendo así el ascenso del espermatozoide; nos parece que las objeciones que se han hecho negando la realidad de este fenómeno, pueden ser rebatidas con éxito. El argumento capital de Cathala, de que la alteración de la mucosa uterina por la implantación del primer huevo, no permitiría la nidación del segundo, ha sido analizado anteriormente, llegando a la conclusión de que si eso fuera exacto, llegaríamos también a negar la existencia de la superfecundación. Además según Jardin, no hay argumentos de orden embriológico, que impida al segundo huevo desarrollarse en un útero ya gravido, puesto que lo vemos en los embarazos abdominales, arraigarse a nivel de ciertas vísceras, y desarrollarse algunas ve-

ces normalmente y nutrirse a pesar de encontrarse en terreno inapropiado.

Admitida la superfetación, los fetos pueden ser expulsados simultáneamente, pero presentarán un desarrollo desigual. ¿Cómo demostrar que uno de ellos es de término y el otro prematuro?

Es en estos casos que para nosotros tiene un valor decisivo la radiografía.

Cuando en presencia de 2 fetos, cuya apariencia exterior indica una diferencia de desarrollo, y en uno de ellos la radiografía acusa la presencia del punto de Beclard y la ausencia en el otro, podemos asegurar también que su osificación es diferente, y por lo tanto no pueden tener la misma edad intrauterina, conclusión a que arriba Schwaab y Jardín en observaciones publicadas y a las que nos referimos en la bibliografía publicada al final de este trabajo.

Yo sé bien que los que niegan la superfetación, niegan también el valor que para el diagnóstico de la edad de los fetos, puede tener la aparición de los puntos de osificación, argumentando que es legítimo admitir, que un feto cuyo desarrollo general se ha retardado, los puntos de osificación aparecerán también tardíamente; pero, un buen número de observaciones han demostrado lo contrario. Siempre que la edad de los fetos es la misma, aunque su desarrollo sea aparentemente desigual, se encuentran los mismos puntos de osificación.

Hay una observación de Bouchacourt y Cathala que es concluyente: dos fetos, uno de 2240 gramos de peso y otro de 850 gramos, presentaron los mismos puntos de osificación. Rouvier y Laffont *(Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología,* 1912) refieren el caso de una primipara que expulsó un feto vivo de 490 gramos de peso y media hora después otro de 1360 gramos. El examen radiográfico puso de relieve que en ambos fetos aparecieron los mismos puntos de osificación. Un año después Rouvier bajo el título de "Superfetación aparente en un embarazo gemelar interrumpido por aborto en el curso del cuarto mes" reseña otro

caso en que una embarazada en el cuarto mes de su gravidez expulsó dos fetos: uno de 8 centímetros de largo y 18 gramos de peso y otro de 3 ½ centímetros de longitud y diez gramos de peso. Los exámenes radiográficos constataron que el proceso de osificación en ambos fetos era de la misma edad. De estos casos se deduce que cuando en realidad los fetos son de la misma edad intrauterina, aunque su aspecto externo nos haga pensar lo contrario, la radiografía resuelve el problema: tanto en uno como en otro, el desarrollo óseo es idéntico. No así sucede cuando se trata de fetos de edad distinta: su osificación es también distinta.

De todo lo que antecede podemos deducir como conclusión final que frente a un caso de embarazo gemelar bivitelino, con independencia absoluta de ambos fetos cuando ellos presentan caracteres morfológicos que nos hagan suponer que puede existir una diferencia de desarrollo, y éste es confirmado por el examen radiológico de los puntos de osificación, podemos pensar que nos encontramos frente a un caso de superfetación.

Bibliografía

BOUCHACOURT y CATHALA.—Un caso de embarazo gemelar simulando la superfetación.—*Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología.*—Año 1906.

CATHALA y BARBARO.—*Revista francesa de Obstetricia y Ginecología.*—Año 1925, pág. 97.

DOBERLEIN.—Tratado de Ostetricia.—Tomo III, pág. 214. (Edición 1924).

ESCARDO Y ANAYA.—Estudio sobre la osificación en el niño. — *Anales de la Facultad de Medicina.*—Tomo II, pág. 253.

HIDDEM.—Superfecundación y superfetación.—*La Prensa Médica.*—Año 1920 (Suplemento), pág. 1129.

IRAETA.—*Revista del Círculo Médico Argentino.*—Año 1923, página 1279.

KEIFFER y DEVRAIGNE.—Nidación del huevo—Bar—. TomoI pág. 90. (Edición 1914).

LE LORIER.—Superfetación—Brindeau—. Tomo I, pág. 458. (Edición 1927).

RIBEMONT-DESSAIGNES.—Tratado de Obstetricia—Superfetación—, pág. 536. (Edición 1923).

ROGER JARDIN.—Diagnóstico de la superfetación basado sobre la radiografía.—*Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología.*—Año 1925, pág. 444.

ROUVIER y LAFFONT.—Un caso de superfetación aparente.—*Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología.*—Año 1912.

RECASSENS.—Tratado de Obstetricia, pág. 277. (Edición 1927).

SCHICKELE.—Formación y desarrollo del feto—Brindeau—. Tomo I, pág. 458. (Edición 1927).

SCHWAAB.—Superfetación y dignóstico radiográfico.—*La Prensa Médica.*—Año 1920, pág. 677.

VIGNES.—Fisiología Obstétrica—Crecimiento del feto, pág. 223.

INVERSION Y PERFORACION UTERINA

La inversión uterina es un accidente raro. Durante trece años de Internado en la Maternidad del Hospital Pereyra Rosell, sólo he visto un solo caso y otro en mi clientela civil. Por otra parte, es un accidente que lógicamente deberá ser mucho más raro en el porvenir, debido a la práctica generalizada del alumbramiento retardado y del respeto más profundo de sus fenómenos fisiológicos. Me mueve pues a publicar el siguiente caso, su rareza y el hecho de ir acompañado de perforación, cuya causa trataremos de establecer.

La inversión uterina fué provocada por una partera inconsciente, que en forma brutal quiso arrancar una placenta fuertemente adherida. Según cuentan los familiares de la enferma, la partera con sus maniobras violentas arrastró hacia afuera el útero invertido, y como aun así no pudiera desprender la placenta, aconsejó enviarla al Hospital Pasteur, donde ingresa el 28 de febrero de 1931 a las 23 horas siendo internada en mi Servicio Clínico.

El médico de guardia que la recibe, algo novicio, y quizás un poco impresionado por el estado de gravedad en que llega la enferma, desconoce el sindrome y me llama de inmediato por teléfono comunicándome que está frente a una enferma con retención placentaria pero que al querer practicar el alumbramiento artificial, introduciendo su mano en la vagina percibe por detrás de la placenta un tumor en forma de badajo de campana, que no puede apreciar lo que será. Le digo que quizá el tumor que él percibe sea el útero invertido, aconsejándole prudencia y que yo llegaré rápidamente a la Clínica.

Cuando llego al Servicio, el alumbramiento ya se había hecho y al tacto, como ya me lo imaginaba, encuentro en la vagina el útero invertido que logro reducir no sin tener que luchar con algunas dificultades. Hago un tacto intrauterino

para cerciorarme de la realidad de la reducción y con gran sorpresa constato hacia el cuerno uterino derecho, una pérdida de substancia en la cual cabe fácilmente la yema del dedo y que parece que solo lo separara la serosa peritoneal de la gran cavidad. Coloco una mecha de gasa yodoformada y como el estado de la enferma es de extrema gravedad (anemia intensa, ansiedad, pulso filiforme) se tonifica en toda forma, y se le hace una transfusión de sangre (80 cc.) siendo donante la nurse del Servicio L. Oxilia que es tipo 4.

El día siguiente, 1 de marzo, la enferma ha mejorado, el pulso ha remontado y el útero se conserva abdominal.

El dos y el tres de marzo el estado no se altera pero habiendo pedido un examen de sangre, su resultado nos obliga a una nueva transfusión de 80 cc., siendo donante un miembro de la familia. La sangre contiene solamente un millón setecientos cincuenta mil glóbulos rojos y 35 % de hemoglobina.

El 9 de marzo 10 días después del accidente, debido a esfuerzos para defecar y a golpes de tos, se produce nuevamente la inversión. El examen con valvas nos permite ver la mucosa uterina cubierta de falsas membranas y segregando un líquido purulento.

La mucosa y la musculosa, se encuentran completamente reblandecidas, desprendiéndose al menor contacto. No me atrevo a reducir un útero en tal estado y resuelvo extirparlo.

Me ayudan los doctores Bruel y Canzani. La nurse Enamorato se encarga de la anestesia que será lo más superficial posible. Exteriorizo bien el útero y secciono el fondo de saco posterior penetrando en la cavidad abdominal. Bajo el control del dedo introducido por el Douglas y después de haber defendido la vejiga, secciono el fondo de saco anterior. Hemi-sección del útero. Pinzas sobre todos los pedículos y estirpación completa del útero dejando las pinzas a permanencia. La operación no ha alcanzado a durar 5 minutos.

Examinada la pieza antes de mandarla al laboratorio encontramos la perforación a nivel del asta derecha.

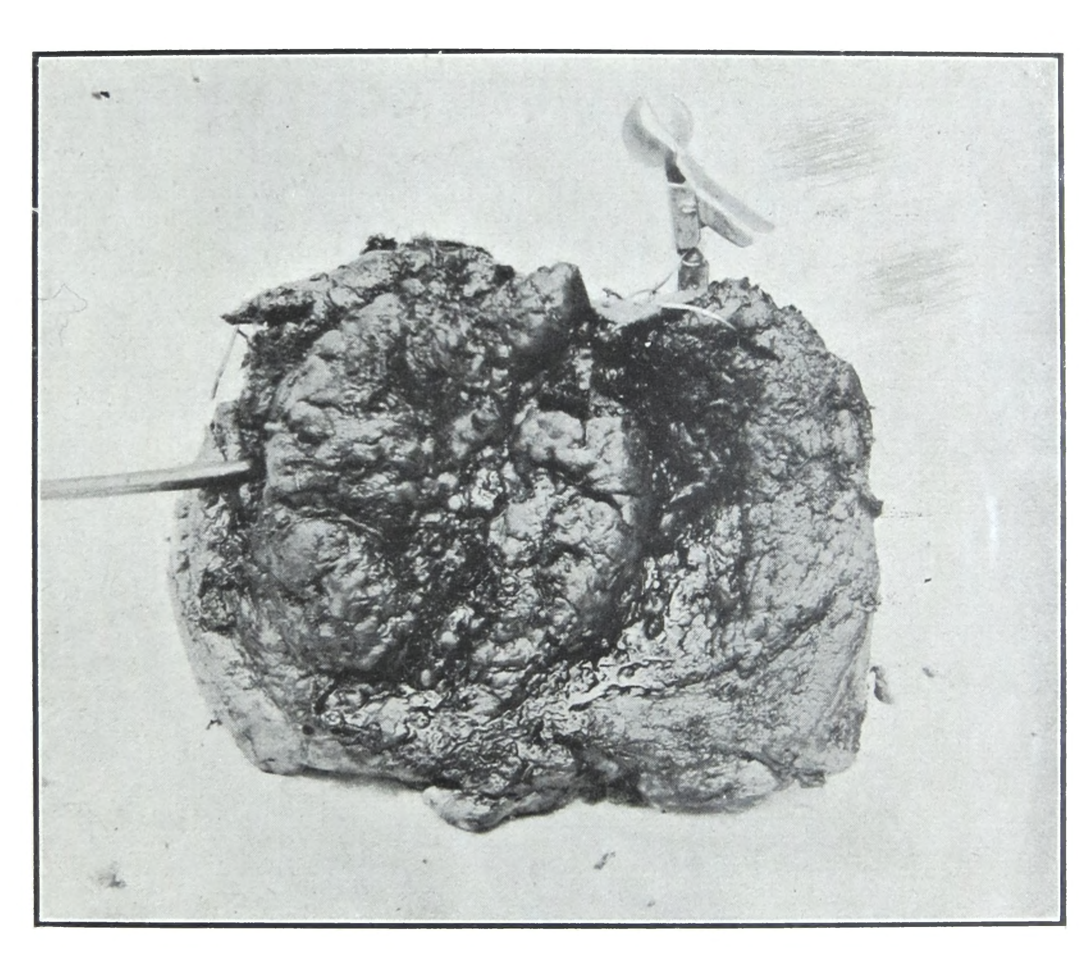


FIGURA 11

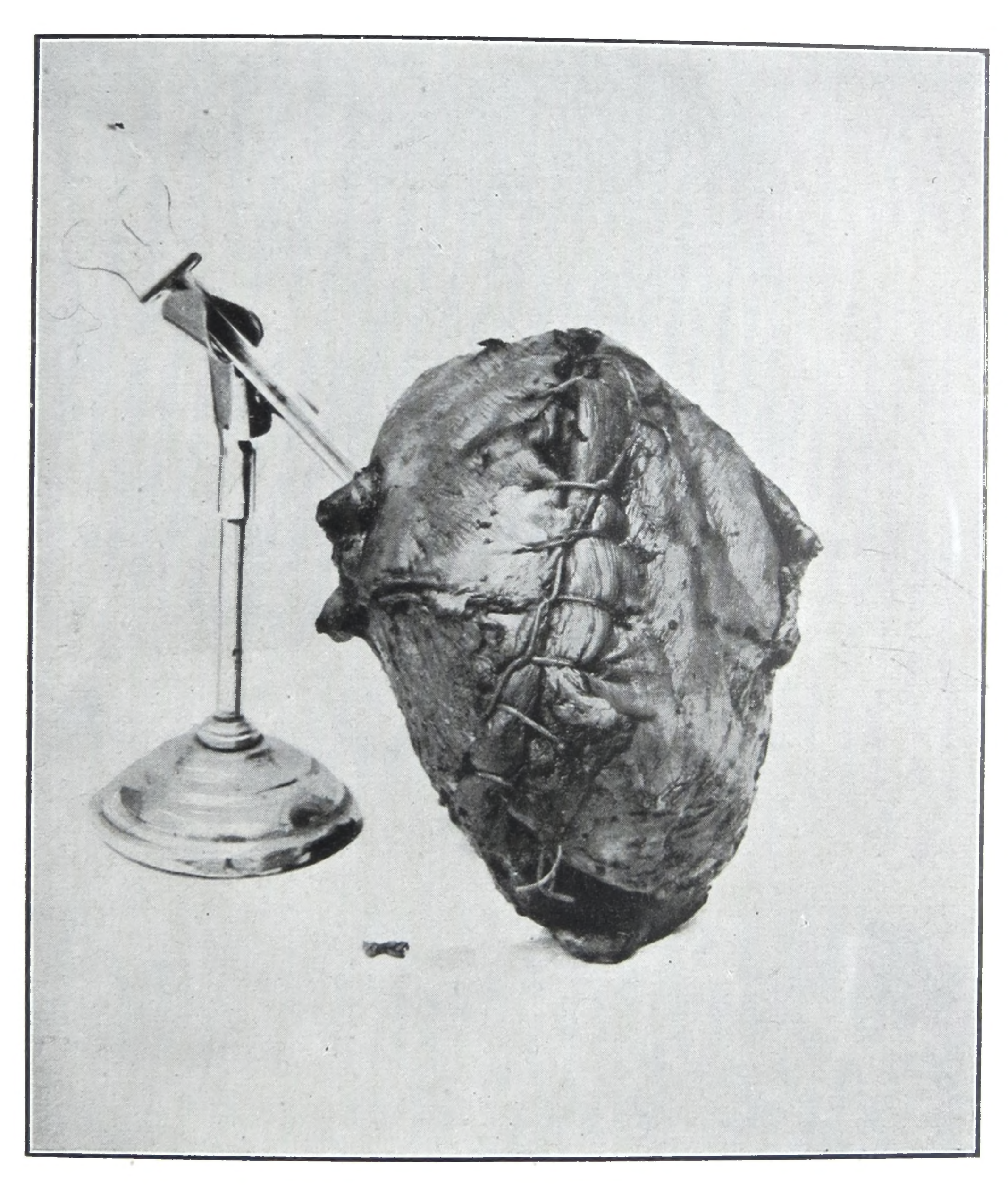


Figura 12

Las figuras 11 y 12 que acompañan este trabajo dan cuenta bien de la perforación. La figura 11 representa el útero seccionado en la forma que se extirpó, señalando la sonda acanalada, el lugar de la perforación. En la figura 12 se ve la pieza reconstruída (suturada con catgut) y colocada la sonda en el sitio perforado.

Post-operatorio normal y alta en buen estado el 1 de abril al mes de su ingreso.

Solo nos resta decir dos palabras sobre la etiología de la perforación, que a nuestro juicio es clara.

No hay duda ninguna que en el caso presente puede afirmarse que la placenta tenía adherencias fuertes con el útero: lo demuestra las maniobras brutales de la partera, que como hemos dicho más arriba, tironeaba de ella con todas sus energías, logrando solamente arrastrar el útero e invertirlo. Hay que pensar pues, que por más cuidado que el médico de guardia puso para desprenderla, pudo haber arrastrado con ella un trozo de musculatura uterina, sitio en el cual se produjo más tarde la perforación.

(Observación Clínica número 1300. María Julia C. de C. — Uruguaya. — Casada —raza blanca — 22 años — multípara).

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DEL MISMO AUTOR

1 1916.—ELSIGNO DE HEGAR EN EL POST-PARTUM.—Trabajo presentado al Primer Congreso Médico Nacional.—Publicaciones del Congreso. — Tomo III, pág. 477.

2 1916.—UN CASO DE TROMBO FLEBITIS PUERPERAL. —*Revista Médica del Uruguay.* — Tomo XIX, pág. 898 .

3 1917.—UN CASO DE DISTOCIA ANULAR EN UNA PRESENTACION DE HOMBRO.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XX, pág. 49.

4 1917.—TRATAMIENTO DE UNA PLACENTA RETENIDA Y ADHERENTE POR EL ALCOHOL.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XX, pág. 262.

5 1917.—ECLAMPSIA O EPILEPSIA.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XX, pág. 312.

6 1917.—CUATRO CASOS DE PLACENTA PREVIA.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XX, pág. 483.

7 1917.—EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE DOS CASOS DE ECLAMPSIA PUERPERAL.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XX, pág. 525.

8 1917.—DISTOCIA ANULAR Y EXTRACTO HIPOFISARIO.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XX, pág. 752.

9 1917.—INDICACIONES DE EVACUACION UTERINA EN LAS AFECCIONES BRONCO-PULMONARES AGUDAS GRAVES.—*Anales de la Facultad de Medicina.*—Tomo II, pág. 547.

10 1918.—PLACENTA PREVIA MARGINAL.— EMBARAZO GEMELAR BIVITELINO.—*Revista Médica del Uruguay.*—Tomo XXI, pág. 204.

11 1918.—EL ABORTO CRIMINAL PROVOCADO.—*Revista "Fraternidad".*— Abril, Mayo, Junio de 1918.

12 1918.—CONTRA LA GRIPPE.—*Revista "Fraternidad".*—Octubre de 1918.

13 1918-1919.—INSTRUCCIONES MEDICAS.—*Revista "Fraternidad".*—Julio, Agosto, Septiembre, Noviembre y Diciembre de 1918.—Febrero y Marzo de 1919.

14 1919.—ORGANIZACION DEL SERVICIO DE PARTERAS

EN LA ASOCIACION FRATERNIDAD.—*Revista "Fraternidad"*. —Enero de 1919.

15 1920.—LA TRANSFUSION DE SANGRE EN LA CLINICA OBSTETRICA DEL PROFESOR AUGUSTO TURENNE.—Lección dada en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

16 1920.—TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POR INSERCION DE LA PLACENTA SOBRE EL SEGMENTO INFERIOR.—Tesis presentada al Concurso de Agregación de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Montevideo.

17 1920.—CORIO-EPITELIOMA Y MOLA HIDATIFORME.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXIV, pág. 155 .

18 1920.—ENDOCARDITIS SEPTICA SECUNDARIA CONSECUTIVA A UN ABORTO EN UNA CARDIACA.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXIV, pág. 203.

19 1920.—INAUGURACION DEL CURSO DE OBSTETRICIA YGINECOLOGIA. — Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo V, pág. 245 (Suplemento).

20 1920.—ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO ECTOPICO.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXIV, pág. 458.

21 1921.—SEPTICEMIA A ESTREPTOCOCUS HEMOLITICOS Y CHOQUE COLOIDOCLASICO.—La Maternidad del Hostpial Pasteur, pág. 53.

22 1922.—DOBLE EMBARAZO SIMULTANEO INTRA Y EXTRA UTERINO.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXV, pág. 476.

23 1922.—POLINEURITIS GRAVIDICA.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXV, pág. 605.

24 1922.—UN CASO DE ENCEFALITIS LETARGICA EN UNA EMBARAZADA.— *Revista Médica del Uruguay*.— Tomo XXVII, pág. 547.

25 1929.—DISTOCIA POR TABICAMIENTO VAGINAL CONGENITO.—OPERACION CESAREA.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXVII, pág. 331 y Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo XV, pág. 866.

26 1929.—GESTACION ECTOPICA SIN AMENORREA.—*Revista Médica del Uruguay*.—Tomo XXXII, pág. 347 y Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo XV, pág. 436.

27 1929.—CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL CONSECUTIVO A TENTATIVA DE ABORTO CRIMINAL.—*Re-*

vista Médica del Uruguay.—Tomo XXXII, pág. 358 y Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo XV, pág. 434.

28 1929.—QUISTE TORCIDO DEL OVARIO Y EMBARAZO. —Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo XV, pág. 860.

29 1930.—LAS HEMORRAGIAS DEL CUERPO AMARILLO. —Anales de la Facultad de Medicina.—Tomo XV, pág. 1053.

30 1930.—LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL PASTEUR.—Comentarios Estadísticos y Clínicos — 1929 — 25 de abril 1930.

31 1931.—UN CASO DE SUPERFETACION.—(Publicado en esta obra).

32 1931.—INVERSION Y PERFORACION UTERINA.—(Publicado en esta obra).

ÍNDICE

Págs.